

Leevi Turunen

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia paniikkihäiriön hoidossa

Leevi Turunen

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia paniikkihäiriön hoidossa

Kliininen laitos
Syyslukukausi 2023
Vastuhenkilö: Sinikka Luutonen

Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck - järjestelmällä.

TURUN YLIOPISTO

Lääketieteellinen tiedekunta

Turunen, Leevi: Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia paniikkihäiriön hoidossa

Syventävien opintojen kirjallinen työ, 31 s.

Psykiatria

Lokakuu 2023

Syventävien opintojen kirjallinen työni on muodoltaan kirjallisuuskatsaus. Työn tarkoitus on tutkia kasvokkain, etäyhteydellä tai internetissä annetun kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian tehoa paniikkihäiriön hoidossa. Lisäksi työssä käsitellään paniikkihäiriötä ja siihen liittyviä tekijöitä eri näkökulmista. Samaten kirjallisuuskatsauksessa taustoitetaan kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian historiaa ja perusajatusta sekä siihen kuuluvia eri osatekijöitä.

Kognitiivis-behavioraalisesta psykoterapiasta paniikkihäiriön hoidossa on jo tehty sen verran tutkimusta, että tässä kirjallisuuskatsauksessa oli mahdollista keskittyä meta-analyysien tarkasteluun. Näin tutkimustulosten luotettavuus kasvaa. Myös internetin ja etäyhteyden välityksellä tapahtunutta kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa on tarkasteltu tässä kirjallisuuskatsauksessa meta-analyysien kautta.

Tarkastelemieni meta-analyysien mukaan kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia soveltuu hyvin paniikkihäiriön hoitoon. Terapia oli tehokasta hoitoa myös silloin kun se toteutettiin internetin välityksellä tai etäyhteydellä. Meta-analyysien perusteella sillä, mitä elementtejä annettu kognitiivis-behavioraalinen psykoterapiahoito piti sisällään, oli vaikutusta hoidon tehokkuuteen.

Avainsanat: paniikkihäiriö, PH, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, KBT, iKBT, etä-KBT, meta-analyysi

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 PANIIKKIHÄIRIÖ.....	6
2.1 PANIIKKIHÄIRIÖN DIAGNOSTIIKKA.....	6
2.2 EPIDEMIOLOGIA JA SAMANAIKAISSAIRASTAVUUS.....	7
2.3 ETIOLOGIA.....	8
2.4 ENNALTAEHKÄISY JA HOITO.....	10
2.5 KULKU JA ENNUSTE.....	12
3 KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN PSYKOTERAPIA.....	12
3.1 KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISEN PSYKOTERAPIAN PERUSLÄHTÖKOHTA.....	12
3.2 HOITOSUHDE.....	14
3.3 KÄSITTEELLISTÄMINEN.....	15
3.4 KESKEISET TYÖSKENTELYTAVAT (INTERVENTIOT).....	19
4 PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISELLA PSYKOTERAPIALLA.....	23
4.1 KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA TARKASTELTAVAT TUTKIMUKSET.....	23
4.2 META-ANALYYSIT KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISESTA PSYKOTERAPIASTA.....	23
5 POHDINTA.....	28

LÄHTEET

1 JOHDANTO

Paniikkihäiriö (PH) on ahdistuneisuushäiriöihin kuuluva mielenterveyden häiriö, jossa henkilö kärsii toistuvista paniikkikohtauksista ja pelkää niiden uusiutumista. Paniikkikohtauksessa ihminen kokee voimakasta pelkoa ja ahdistusta, minkä lisäksi sympaattinen hermosto aktivoituu epätarkoituksenmukaisen voimakkaasti aiheuttaen ruumiillisia oireita. PH on monin tavoin ikävä sairaus ja sen lisäksi, että se aiheuttaa sitä potevalle inhimillistä kärsimystä, se voi myös heikentää elämänlaatua ja saada siitä kärsivän henkilön hakeutumaan terveydenhuollon palveluiden piiriin oireidensa vuoksi ilman, että hän ymmärtää mistä todellisuudessa on kysymys.¹

Tämän syventävien opintojen opinnäytetyön tarkoitus on tutkailla laajasti maailmalla käytössä olevan kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian (KBT) vaikutusta paniikkihäiriön hoidossa. Aiheesta on tehty tutkimusta siinä määrin, että tässä kirjallisuuskatsauksessa voidaan keskittyä useita tutkimuksia yhteen kokoaviin meta-analyyseihin. Meta-analyysien tarkastelu antaa luotettavampia tuloksia kuin pelkästään yksittäisten tutkimusten tarkastelu. Lisäksi käydään yleisesti läpi PH:tä koskevaa tietoa ja KBT:n toimintaperiaatteita ja historiaa.

Tein opinnäytetyöni tästä aiheesta siksi, että mielestäni psykoterapia on kiinnostava hoitomuoto. Sitä pidetään yleisesti hyväksyttynä menetelmänä mielenterveyden ongelmiin ja se koostuu pääosin keskustelusta eikä sisällä lääkkeellistä hoitoa. Tietoisuus psykoterapiasta tuntuu kasvaneen Suomessa viime aikoina ja psykoterapiahoitoon pääsy vaikuttaisi olevan, ainakin nykyisin mediassa ja lääkäriyhteisössä vallitsevan vaikutelman perusteella, vaikeaa sen suuren ja kasvaneen tarpeen vuoksi.

2 PANIIKKIHÄIRIÖ

2.1. PANIIKKIHÄIRIÖN DIAGNOSTIIKKA

Paniikkihäiriölle (PH) on määritelty diagnostiset kriteerit ICD–10–luokituksen mukaan (Taulukko 1) ^{2,3}. Kriteeristöissä on lueteltu erilaisia oireita, joista vähintään osan on täytyttävä, jotta kyseessä voidaan sanoa olevan paniikkikohtaus. Etenkin voimakas epämiellyttävä tunne ja nopeahko alkua ovat yhteisiä piirteitä kaikille kohtauksille. Oleellista diagnoosin kannalta on se, että paniikkikohtauksia esiintyy toistuvasti. Yksittäinen paniikkikohtaus tai muutamakaan eivät vielä riitä diagnoosiin, jos ne eivät jatku jotakuinkin säännöllisesti ilman hoitoa. PH:n diagnostisten kriteerien selvittämiseen potilaskohtauksissa voidaan käyttää PDSS-seulontalomaketta (Panic Disorder Severity Scale). ³

Taulukko 1. Paniikkihäiriön diagnostiset kriteerit. ^{2,3}

A. Henkilöllä esiintyy toistuvia paniikkikohtauksia ennalta arvaamattomissa ja vaihtelevissa tilanteissa, jotka eivät ole erityisen rasittavia tai vaarallisia.

B. Paniikkikohtaukseen liittyvät kaikki seuraavat piirteet:

- (1) kohtaus on intensiivisen pelottava tai epämiellyttävä erillinen kokemus
- (2) kohtaus alkaa äkillisesti
- (3) kohtauksen voimakkuus saavuttaa huippunsa muutaman minuutin kuluessa ja kohtaus kestää vähintään muutaman minuutin ajan
- (4) kohtaukseen liittyy vähintään 4 seuraavista oireista, joista 1 täytyy olla jokin oireista a–d:

Autonomisen kiihotustilan oireet

- (a) sydämentykytys tai tunne, että sydän hakkaa tai kohonnut pulssi
- (b) hikoilu
- (c) vapina
- (d) suun kuivuminen, joka ei johdu nestehukasta tai lääkityksestä

Rinnan ja vatsan alueen oireet

- (e) hengitysvaikeudet
- (f) tukehtumisen tunne
- (g) rintakipu tai epämiellyttävä tunne rinnassa
- (h) pahoinvointi tai vatsakipu (esim. vatsanväänteet)

Psykkiset oireet

- (i) pyöräyttävä, huimaava, sekava tai epävakainen olotila
- (j) tunne siitä, että ympäristö on epätodellinen (derealisaatio) tai että itse on kuin jossain kaukaisuudessa tai "poissa tästä maailmasta" (depersonalisaatio)
- (k) pelko itsehallinnan menettämisestä, sekoamisesta tai pyörtymisestä
- (l) kuolemanpelko

Yleisoireet

- m) kuumat aallot tai vilunväristykset
- n) ihon puutuminen tai pistely

C. Tavallisimmat poissulkudiagnoosit. Paniikkikohtaukset eivät johdu elimellisestä sairaudesta, harhaluuloista, aistiharhoista, elimellisestä mielenterveydenhäiriöstä (F00–F09), skitsofreniaryhmän häiriöstä (F20–F29), mielialahäiriöstä (F30–F39) tai somatisaatiohäiriöstä (F45).

- Paniikkihäiriötä ei aseteta päädiagnoosiksi, jos henkilö kärsii kohtauksien alkaessa masennuksesta. Silloin paniikkikohtaukset ovat todennäköisesti toissijaisia masennukseen nähden.
- Paniikkikohtaus pelkoa aiheuttavassa tilanteessa kuvaa pelko-oireen vaikeutta ja siten häiriö luokitellaan pelko-oireiseksi häiriöksi. Paniikkihäiriötä tulisi käyttää diagnoosina vain silloin, kun häiriö ei täytä minkään pelko-oireisien häiriön kriteerejä (F40).
- Koska oireiden laatu ja vaikeusaste vaihtelee niin paljon eri yksilöiden välillä, häiriö voidaan luokitella keskivaikeaksi tai vaikea-asteiseksi paniikkihäiriön viidennen merkin avulla.
- F41.00 Keskivaikea paniikkihäiriö (vähintään 4 kohtausta kuukauden aikana)
- F41.01 Vaikea-asteinen paniikkihäiriö (vähintään 4 kohtausta viikossa kuukauden aikana)
- F41.09 Määrittämätön paniikkihäiriö

Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019 (viitattu 16.8.2023). www.kaypahoito.fi

2.2. EPIDEMIOLOGIA JA SAMANAIKAISAIRASTAVUUS

Väestötutkimuksessa haastatelluista yksittäisiä paniikkikohtauksia esiintyy 10–15 %:lla, vaikka itse paniikkihäiriö ei ole väestössä näin yleinen ¹. Tyypillisesti paniikkihäiriö puhkeaa 20-30 vuoden iässä ³. Suomessa on selvitetty paniikkihäiriön esiintyvyyttä Terveys 2000 - tutkimuksessa. Tutkimustuloksen mukaan yli 30-vuotiaasta väestöstä 1,9 % oli kärsinyt paniikkihäiriöstä viimeisen 12 kuukauden ajanjaksolla. Nuorilla aikuisilla suoritetussa jatkotutkimuksessa paniikkihäiriön elinaikaiseksi esiintyvyydeksi todettiin 3,6 % Suomessa. Naisilla esiintyvyys oli noin kaksi kertaa suurempaa miehiin verrattuna. Astmaa tai kroonista obstruktiivista keuhkosairautta sairastavilla ihmisillä esiintyy paniikkihäiriötä muuta väestöä enemmän. ¹

On yleistä, että paniikkihäiriötä sairastavilla potilailla esiintyy lisäksi julkisten paikkojen pelkoa eli agorafobiaa. Myös vaikea masennus on yleisempää paniikkihäiriötä sairastavilla potilailla tavalliseen väestöön verrattuna. Vaikkakaan kaikilla potilailla rinnakkaissairastavuutta ei esiinny, on harvinaista, että paniikkihäiriö esiintyy potilaalla yksinään ilman muita psykiatrisia häiriöitä. Suurin osa kärsii jossakin vaiheessa samaan aikaan masennuksen oireista.¹ Itsemurhariskin on osoitettu olevan paniikkihäiriöpotilailla kohonnut⁴.

2.3. ETIOLOGIA

Paniikkihäiriöön syntymiseen vaikuttavista psykologisista ja fysiologisista tekijöistä on kattavasti tutkittua tietoa. Oleellisia tunnettuja tekijöitä käsitellään tässä luvussa.

Henkilöillä, joilla ensimmäiset paniikkikohtaukset kehittyvät paniikkihäiriöiksi asti, muodostuu usein pelko itse paniikkia ja sitä aiheuttavia tilanteita kohtaan. On esitetty, että paniikkihäiriössä paniikkikohtausten syntyminen johtuisi elimistön sisäisten toimintojen muutoksiin (esimerkiksi sykkeen nousu) liittyvästä tiedostamattomasta ehdollistumisesta. Selityksen mukaan elimistön reaktioiden muutokset laukaisevat paniikkihäiriöisellä pelko- ja paniikkireaktion siksi, että aikaisemmissa paniikkikohtauksissa on tapahtunut ehdollistuminen tiettyihin kehon reaktioihin. Tämän vuoksi paniikki voi tuntua selittämättömältä ja yllättävältä, eikä PH:stä kärsivä välttämättä aina tiedosta, mistä paniikkireaktio johtuu.^{5,6}

Toiseksi selittäväksi tekijäksi on ehdotettu niin sanottua katastrofijattelua. Tämä tarkoittaa sitä, että paniikkihäiriöstä kärsivä henkilö tulkitsee virheellisesti oman kehonsa tuntemukset katastrofaalisen negatiivisesti, ja tämä saa aikaan paniikkikohtauksen. Tästä esimerkkinä voisi olla sykkeen nousemisen tulkitseminen joksikin vakavaksi sydäntapahtumaksi, jonka henkilö tulkitsee johtavan kuolemaan.⁷

PH:tä sairastavilla henkilöillä on todettu aivojen rakenteessa ja toiminnassa poikkeavia muutoksia verrattuna paniikkihäiriötä sairastamattomiin ihmisiin. Erään vuonna 2002 tehdyn tutkimuksen mukaan PH:stä kärsivillä henkilöillä on havaittu manteliumakkeiden olevan pienempiä verrokkiryhmään nähden⁸. Aivojen ohimolohkojen koon on myös joissain

tutkimuksissa havaittu olevan pienempi paniikkihäiriötä sairastavilla kuin verrokkiryhmällä⁹. Lisäksi kreatiinin ja fosfokreatiinin määrä oikeanpuolisen ohimolohkon keskiosissa on havaittu olleen vähentynyt verrokkiryhmään verrattuna¹⁰. Paniikinomaisen pelon tuntemuksen synnyssä tärkeässä roolissa ovat nykyäsiteksen mukaan limbiseen järjestelmään kuuluvat rakenteet. Keskeisiä ovat etenkin manteliumakkeiden keskustumakkeet. Kutenkin myös muilla limbisen järjestelmän rakenteilla on osuutta paniikin tunteen syntyyn. Ihmiset, joilla on paniikkihäiriö, on osoitettu magneettikuvaustutkimuksissa olevan epänormaalin herkästi reagoiva hermoverkko paniikin tunteen synnyssä vaikuttavassa limbisessä järjestelmässä.¹ Eräässä vuonna 2004 julkaistussa tutkimuksessa aivokuvantamistutkimusten perusteella tultiin johtopäätökseen, että aivosaaressa on merkittävä osa ihmisen ahdistusherkkyyden säätelyssä.¹¹

Hengityksen säätelyyn liittyvien tekijöiden on todettu olevan yhteydessä paniikkihäiriöön. Henkilöillä, jotka kärsivät paniikkihäiriöstä näyttäisi olevan poikkeavuuksia hengitystä säätelevissä fysiologisissa mekanismeissa¹². PH:stä kärsivien henkilöiden on todettu hengittävän epäsäännöllisemmällä rytmillä kuin verrokkiryhmä¹³. Aivorungossa veren hiilidioksidiosapainetta aistivien kemoreseptorien yliherkkyys altistaa PH:lle. Yliherkät kemoreseptorit reagoivat jo vähäiseenkin veren hiilidioksidiosapaineen nousuun ja elimistöön syntyy ns. väärä hälytys tukehtumisesta, mikä johtaa paniikkikohtauksen syntyyn.

1

Epätyypillinen reagointi tietyille välittäjäaineille, kuten serotoniinille (5-HT), on tyypillistä paniikkihäiriöstä kärsivillä. Esimerkiksi mikrofenyylipiperatsiini (M-CCP) aiheuttaa PH:stä kärsiville paniikkikohtauksen noin 50 %:lle, kun taas terveelle verrokkiryhmälle M-CCP ei aiheuta kohtauksia. M-CCP on epäselektiivinen 5-HT-reseptorin agonisti. Myös fenfluramiini, joka aiheuttaa serotoniinin presynaptista vapautumista, on todettu aiheuttavan paniikkikohtauksia vain PH:tä potevilla henkilöillä. Nämä löydökset osoittavat PH:stä kärsivillä henkilöillä olevan yliherkät postsynaptiset 5-HT-reseptorit. Myös muut aineet kuin serotoniini vaikuttavat PH:tä potevilla ihmisillä poikkeavasti. Noradrenerginen systeemi poikkeaa PH:stä kärsivillä verrokkeihin nähden ja kofeiinin on suhteellisen pienissä määrin (muutama kahvikupillinen) todettu aiheuttavan osalla paniikkihäiriöpotilaista paniikkikohtauksia.¹ PH saattaa tutkimustiedon mukaan aiheuttaa elimistöön yleisen tulehdustilan, joka näkyy muun muassa kohonneina tulehdusmerkkiaineina¹⁴.

Lapsuuden kokemuksilla on vaikutusta siihen, minkälainen todennäköisyys ihmisellä on sairastua PH:öön. Lapsuuden aikana koettu eroahdistus on yleisempää aikuisilla, jotka sairastavat PH:tä.¹⁵ Lapsuuden aikana koetun fyysisen pahoinpitelyn on osoitettu olevan yleisempää ahdistuneisuushäiriöstä aikuisena kärsivillä ihmisillä. Tutkimustiedon mukaan naiset, jotka kärsivät aikuisena PH:stä, ovat todennäköisemmin normaaliin väestöön verrattuna kokeneet seksuaalista hyväksikäyttöä lapsuudessaan.¹⁶ PH:lle on kyetty osoittamaan perinnöllinen alttius. Vuonna 2001 tehdyn meta-analyysin mukaan PH:n periytymistäipumus on kaikista ahdistuneisuushäiriöistä voimakkain. PH:n perinnöllisyysasteeksi saatiin meta-analyysissä 0,48.¹⁷ Lukuisat eri geenit voivat lisätä riskiä PH:n puhkeamisriskiä ja näin ollen nykykäsityksen mukaan yksittäisen geenin merkitys paniikkihäiriön synnyssä on vähäinen. PH:öön liittyvien geenien on osoitettu sijaitsevan ainakin kromosomeissa 9, 13, 15 ja 22.^{18–20}

2.4 ENNALTAEHKÄISY JA HOITO

Paras ja inhimillisin tapa vähentää PH:n esiintyvyyttä on tietysti sen ennaltaehkäisy. Vaikka tämä ei jokaisen ihmisen kohdalla onnistukaan, tunnetaan PH:tä ennaltaehkäiseviä keinoja. Kohtuullisen kuormituksen liikuntaharjoittelun todettu ehkäisevän ahdistuneisuushäiriötä^{3,21}, joihin myös PH kuuluu. Lisäksi säännöllisillä ja terveellisillä elämäntavoilla voidaan ehkäistä PH:tä, kuten montaa muutakin sairautta. Myös kiusaamiseen ja kaltoinkohteluun vaikuttaminen auttavat ehkäisemisessä.³ Nykykäsityksen mukaan psykoterapia- ja lääkehoidon yhdistäminen on tehokkain PH:n hoitotapa¹.

Terapiatyypiset hoitomuodot toimivat myös ennaltaehkäisevinä työkaluina sen lisäksi, että niitä käytetään jo sairastuneiden hoitoon. Tällöin terapeutin hoito on toki erilaista. Eräessä yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa yliopisto-opiskelijoita, joilla oli kohtalainen herkkyys ahdistukselle ja jotka olivat kokeneet vähintään yhden paniikkikohtauksen viimeisen vuoden aikana, osallistui viiden tunnin kognitiivis-behavioraaliseen työpajaan. Kuuden kuukauden jälkeen tarkasteltiin työpajaan osallistuneiden ja kontrolliryhmän, joka ei osallistunut työpajaan, sairastuvuutta PH:öön. Työpajaryhmästä PH:öön sairastui 1,8 % ja kontrolliryhmästä puolestaan 13,6 %.²²

Jo puhjenneen PH:n hoitona käytetään niin lääkkeettömiä kuin lääkkeellisiäkin menetelmiä. Jokaisen potilaan kohdalla paniikkihäiriön hoidon tulisi olla yksilöllistä noudattaen kuitenkin

tutkitusti toimivaksi osoitettuja hoitokeinoja. Käytännön potilastyössä on tavallista, että lääkkeettömiä ja lääkkeellisiä hoitomuotoja yhdistetään lääkärin tavoitellessa mahdollisimman hyvää hoitotulosta.

KBT ja muut eri suuntaustyypin psykoterapiat ovat yleinen hoitomuoto ahdistuneisuushäiriöiden, kuten PH:n hoidossa. KBT:n vaikutuksia ihmiseen on mahdollista tarkastella jopa verikokeilla, sillä sen on todettu alentavan seerumin pro-inflammatoristen sytokiininen, IL-6:n ja TNF- α :n pitoisuuksia seerumissa ²³. Vaikka tämä sytokiinipitoisuuksien muutos ei itsessään ole pätevä todiste KBT:n tehosta PH-potilaille, ovat eri psykoterapiamuodot yleisesti hoitomuotona osoittautuneet lukuisissa tutkimuksissa tehokkaiksi hoitomuodoksi PH:n hoitoon. Psykoterapia ei myöskään ole ainoa tehokas lääkkeetön hoitomuoto, sillä sen lisäksi myös liikuntaharjoittelu on tutkimuksissa osoitettu yhdeksi hyödylliseksi hoitokeinoksi. Yksinään se ei kuitenkaan ole riittävää hoitoa. Liikunnalla on siis myönteisiä vaikutuksia niin PH:n ennaltaehkäisyssä kuin sen hoidossakin.

3

Masennuslääkkeiden teho paniikin ehkäisemisessä on tunnettu pitkään. Trisyklisiin masennuslääkkeisiin kuuluvan imipramiinin todettiin 1960-luvulla auttavan paniikkikohtausten estämisessä ²⁴. Suomessa Käypä hoito –suosituksen mukaan paniikkihäiriön akuutissa hoitovaiheessa tulee ensisijaisesti käyttää tiettyjä, myös masennuksen hoitoon käytettäviä lääkkeitä. Akuutilla hoitovaiheella tarkoitetaan kolme kuukautta tai lyhyemmän aikaa kestävä hoito. Tähän sopivat lääkkeaineet ovat SSRI-lääkkeet fluoksetiini, fluvoksamiini, paroksetiini, essitalopraami ja sitalopraami. SNRI-lääkeryhmästä venlafaksiinin katsotaan tutkimusten perusteella olevan tehokas lääke PH:n akuuttivaiheen hoidossa. Trisyklisistä masennuslääkkeistä imipramiinin lisäksi myös klomipramiinia pidetään tehokkaana lääkkeenä PH:n akuuttihoitovaiheessa. ³

PH:n jatkohoitovaiheessa käytetään myös masennuslääkkeitä. Jatkohoitovaiheeseen siirrytään, kun hoito on kestänyt yli 3 kuukautta. Mikäli lääkehoidolla saadaan hyvä vaste potilaan oireisiin, tulee nykysuosituksen mukaan lääkkeellistä hoitoa jatkaa vähintään 6 kuukauden ajan oireiden uusimisen ehkäisemiseksi. Jos aloitetulla lääkehoidolla ei saada hyvää vastetta, tulee vaihtaa lääkettä. ¹ Pitkään kestävässä jatkohoidossa tehokkaita masennuslääkkeitä ovat fluoksetiini, sitalopraami, paroksetiini, sertraliini, venlafaksiini ja

klomipramiini.³ Tutkimuksissa on todettu, että vuoden kestänyt masennuslääkehoito pienentää PH:n uusiutumisen riskiä hoidon lopettamiseen verrattuna²⁵.

Bentsodiatsepiineista diatsepaamin, loratsepaamin ja klonatsepaamin käyttö PH:tä sairastavilla on todettu tehokkaaksi PH:n akuutissa hoitovaiheessa. Koska bentsodiatsepiinit aiheuttavat helposti riippuvuutta, on tärkeää, että niiden käyttö rajoittuu ainoastaan muutamaankin ensimmäiseen viikkoon PH:n hoidon aloittamisesta.³

2.5 PANIIKKIHÄIRIÖN KULKU JA ENNUSTE

PH:n taudinkulku ja ennuste riippuvat monista tekijöistä. Näistä tärkeitä ovat etenkin potilaan muut samanaikaiset sairaudet, paniikkioireiden vaikeustaso ja esiintymistiheys ja agorafobia. PH:stä kärsineillä henkilöillä 20 %:lla esiintyy pitkäaikaisten seurantatutkimusten mukaan vakavaa oireilua, 40 %:lla lievää ja 40 % on oireettomia. PH voi siis edellä olevan perusteella kroonistua osalla, mutta oireettomien osuus on kuitenkin varsin suuri. Taipumus ahdistuneisuuteen näkyy usein jo lapsuudessa. Se voi tulla esiin esimerkiksi eroahdistuksena. Kuitenkin tavallisesti PH puhkeaa 20–30 vuoden ikäisille henkilöille, useammin naisille. Lyhytaikaiset PH:n hoitotulokset ovat erinomaiset, mutta uusiutumistaipumus on suuri, jos hoito kestää vain lyhyen aikaa.¹

3 KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALINEN PSYKOTERAPIA

3.1. KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISEN PSYKOTERAPIAN PERUSLÄHTÖKOHTA

Kognitiolla tarkoitetaan mielensisäistä tiedonkäsittelytoimintaa ja sana behavioraalinen viittaa käyttäytymiseen. Psykoterapialla puolestaan tarkoitetaan mielen hoitamista keskustelulähtöisesti terapeutin kanssa. Nimensä mukaisesti KBT eli kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia, tai kognitiivis-behavioraalinen terapia, on siis mielen tiedonkäsittelytoimintoja ja ihmisen käyttäytymispiirteitä tarkastelevaa ja hyödyntävää keskustelumuotoista hoitoa psykologisiin tai psykiatrisiin ongelmiin. Kognitiivisten menetelmien nostaminen keskiöön ja erilaiset käyttäytymiseen vaikuttavat keinot erottavat

tätä psykoterapiamuotoa muista vastaavista. Näiden lisäksi KBT:aan liittyy monia muita erityispiirteitä, joita käsitellään hieman myöhemmin tämän kirjallisuuskatsauksen luvussa 3.

KBT on yleisin maailmanlaajuisesti käytetty psykoterapian muoto. Siitä on myös tehty enemmän tutkimusta kuin mistään muusta psykoterapian muodosta. Kognitiivisia psykoterapiamuotoja on olemassa useaa eri tyyppiä. Kognitiivis-behavioraalinen terapia on yksi kognitiivisen psykoterapian alamuoto ja näistä alamuodoista siis kaikkein yleisin. Muita kognitiivisen psykoterapian alamuotoja ovat esimerkiksi kognitiivis-konstruktivinen terapia ja metakognitiivinen terapia.²⁶

KBT:n kehitys juontaa juurensa 1900-luvun alkupuoliskolle. Merkittäviä vaikutteita ovat antaneet niin behaviorismiaatteen synty kuin jo aiemmin syntyneitä psykodynaamista psykoterapiaa kohtaan esitetty kritiikki. John B. Watson ehdotti vuonna 1913 julkaisemassa tekstissään, että psykologiassa alettaisiin tutkia ulkoisesti näkyvää käyttäytymistä ja mielensisäisiä vaikeasti ymmärrettäviä mekanismeja jätettäisiin vähemmälle huomiolle. Tämä kirjoitus loi alun behavioristiselle aatteelle, joka johti myös behavioraalisten terapioiden syntyyn. Niissä keskityttiin tarkkailemaan ja muuttamaan ulkoisesti havaittavaa käytöstä. Toisaalta myös kognitiivisuuden käsitteen ilmaantuminen psykoterapia-ajatteluun vaikutti keskeisesti KBT:n syntyyn. Kognitiivisuuden huomioiminen psykoterapiassa tarkoittaa yksinkertaisesti ilmaistuna ajatusten tunnistamista, tarkkailua ja niihin vaikuttamista terapiatyöskentelyssä. Muun muassa Aaron T. Beck ja Albert Ellis olivat merkittäviä henkilöitä kognitiivisen psykoterapiasuuntauksen kehittämisessä ja siten myös tärkeitä KBT:n synnyssä. Beckin ja Ellisin kriittinen suhtautuminen psykodynaamiseen psykoterapiaan vaikutti kognitiivisen suuntauksen kehittymiseen.²⁶

KBT:ssa keskeisenä ajatuksena on siis ihmisen havaintojen ja havaintojen käsittelemisen vaikutus omaan käytökseen ja toisaalta oman käytöksen muuttaminen. Potilaan ja terapeutin välillä on yhteistyöhön ja empiirisyyteen pohjautuva suhde. Potilas ja terapeutti miettivät yhdessä, kuinka terapiassa voitaisiin saavuttaa paranemistavoitteita ja mitkä ovat tähän parhaita keinoja. Psykoterapioissa potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus on tärkeää paranemisen kannalta²⁷.

3.2. HOITOSUHDE

Onnistuneen psykoterapiahoidon tärkeimpiä tekijöitä on toimiva potilaan ja terapeutin välinen vuorovaikutus. Toisistaan poikkeavissa psykoterapiamuodoissa on paljon yhteneväisyyksiä terapeutin ja hoidettavan hyvässä vuorovaikutussuhteessa. Kuitenkin erilaisissa psykoterapiamuodoissa terapeutin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa on myös eroja. Kognitiivis-behavioraalissa psykoterapiassa vuorovaikutuksessa onkin omia erityispiirteitä verrattuna muihin terapioihin.

Terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde on tarkastelemassamme psykoterapiamuodossa luonteeltaan tutkiva yhteistyösuhde. Tällaiseen vuorovaikutussuhteeseen kuuluu se, että potilas tuntee terapian taustaoletukset, periaatteet, tavoitteet ja potilaan ja terapeutin tehtävät. Tavoitteena on yhteistyössä tarkastella ajatusmalleja ja potilaan kokemuksia. Hoitosuhteessa pyritään tietynlaiseen tasavertaisuuteen. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutti auttaa potilasta löytämään omia ajatusmekanismejaan ja pohtii niitä yhdessä hänen kanssaan. Tarkoituksena ei ole, että terapeutti vain kertoisi millä tavoin potilas hänen mielestään parantuisi. Välillä terapeutti esittää potilaalle kysymyksiä hänen mielensä toimintaan ja käytökseen liittyen ja tavoitteena on, että potilas oivaltaisi itse asioita, jotka voivat vaikuttaa hänen paranemiseensa.²⁸

Aiemmin on ajateltu, että KBT:ssa keskeistä on se, mitä terapeutekniikoita terapeutti käyttää eikä niinkään millä tavalla hän ilmaisee itseään ja on vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että lähes kaikki psykoterapiamuodot ovat sopivia yleisimpien tunne-elämän häiriöiden hoitoon eikä niiden vaikuttavuudessa ole juurikaan eroja.²⁹ Terapeutin ja potilaan yhteistyösuhdetta kutsutaan psykoterapiassa nimellä allianssi. Allianssin merkityksestä psykoterapiassa on tehty tutkimusta ja tutkimusnäytön perusteella allianssi näyttää olevan tärkeässä roolissa psykoterapian tuloksellisuuden kannalta.²⁷

Empatian osoittaminen potilasta kohtaan on tärkeää terapeuttisessa kanssakäymisessä. Empatialla tarkoitetaan kykyä eläytyä toisen ihmisen asemaan ja se on siten enemmän kuin hyväksyvää ja avointa suhtautumista potilaan ongelmia kohtaan. Se on avaintekijöitä potilaan ja terapeutin hyvässä vuorovaikutuksessa. Terapeutti voi osoittaa empatiaa esimerkiksi toistamalla osan potilaan kertomuksesta ja tekemällä siitä jonkin tulkinnan.

”Ymmärsinkö oikein, että kun sinulle tapahtui [ikävä tapahtuma] viikko sitten, se sai sinut tuntemaan itsesi hyvin surulliseksi ja voimattomaksi?” Empatiolla on osoitettu olevan myönteinen vaikutus psykoterapian tuloksellisuuteen. ²⁸

3.3. KÄSITTEELLISTÄMINEN

KBT:ssa potilaan ja terapeutin tavoitteena on yhdessä tunnistaa potilasta vaivaavia asioita, jotka saavat hänen mielensä voimaan pahoin. Tämän toteuttamisessa keskeinen työkalu on käsitteellistäminen. Käsitteellistämällä tehdään potilaan ongelma konkreettiseksi jonkin mallin avulla. Terapiassa käsitteellistäminen voi toteutua erilaisilla tavoilla, joko potilaan näkökulmasta tai yleisesti häiriötä tarkastellen. Tavoitteena on ymmärtää potilaan tilannetta sopivan viitekehyksen kautta, mutta toisaalta myös saada avoimin mielin uutta tietoa potilaalta hänen tilanteestaan. ³⁰

Keskeistä käsitteellistämisessä on, että potilaan pelkoja, huolia ja niihin hänen kehittämäänsä selviytymiskeinoja sanoitetaan yhdessä. PH:ssä potilaalle muodostuu turvakäyttäytymistä. Se tarkoittaa käytöstä, jolla yritetään välttää paniikkioireita. Paradoksaalisesti turvakäyttäytyminen kuitenkin vahvistaa kroonista paniikkioireilua, sillä potilas saa alitajuisesti vaikutelman, että turvakäyttäytymisellä on vältetty ”katastrofaalinen”, pelätty tilanne. ³¹

Käsitteellistämisen avulla potilaan haitalliseen käytökseen voidaan puuttua ja saada aikaan muutos. Erilaiset käsitteellistämismallit kuuluvat psykoterapeutin työkaluihin ja niiden käyttöä voidaan soveltaa potilaan tilanteen mukaan. Mallit ohjaavat käsitteellistämislle tietyn lähtökohdan ja auttavat siten potilasta ja terapeuttia käsiteltävien asioiden jäsentelyssä. Esimerkkejä malleista ovat muun muassa kognitiivis-behavioraalinen malli ja häiriökohtaiset mallit. ³²

Kognitiivis-behavioraalinen käsitteellistämismalli koostuu luettelomaisesti eri osista, jotka on tarkoitus käydä läpi potilaan kanssa yhteistyössä. Mallin tavoitteena on auttaa terapeuttia ja potilasta hahmottamaan nykytilanteen ongelmat ja toisaalta millä tavalla niihin voitaisiin saada apua. Tämä käsitteellistämismalli on aina potilaskohtainen. Toinen esimerkki potilaskohtaisesta käsitteellistämismallista on oirekehämalli. Sillä jäsennetään sitä,

minkälaisia ikäviä tuntemuksia potilas kokee sekä samaan aikaan ilmaantuvia oireita ja näiden linkittymistä toisiinsa.³²

Häiriön kannalta käsitteellistämistä hahmottava malli puolestaan tarkastelee sitä, millaisia yhteisiä tekijöitä tiettyyn häiriöön sairastuneiden toiminnasta löytyy. PH:ssä tähän liittyy esimerkiksi turvakäyttäytymistä. Häiriökohtainen malli perustuu tutkimustietoon kyseisestä häiriöstä. Se tuo esiin oireita ja ajatusmalleja, joita suuri osa häiriöstä kärsivistä tutkimusten mukaan kokee. Malli ei ole potilaskohtainen, mutta se on informatiivinen ja potilaat voivat hyötyä sen läpikäymisestä.³² PH-kohtaisen mallin avulla voidaan tarvittaessa muodostaa vastaanotolla potilaskohtainen käsitteellistämismalli noidankehää kiertävistä oireista ja pyrkiä löytämään malliin kohtia, joilla potilas itse pyrkii hallitsemaan oireitaan.³³

Keskustellessa potilaan kanssa terapeutti ohjaa keskustelut ajoittain tiettyyn, lyhyen aikaa kestäneeseen tilanteeseen ja välillä taas pidempiaikaista historiaa tarkastelemaan näkökulmaan. Tietyn lyhyehkön hetken läpikäymistä nimitetään horisontaaliseksi tutkimiseksi. Siinä terapeutti pyrkii osoittamaan tiettyjen automaattisten ajatusten ja tunteiden kytkeytyvän toisiinsa sekä saamaan selkoa potilaan negatiivisten ajatusten kirjosta tietyllä hetkellä. Vertikaalisella tutkimisella puolestaan tarkoitetaan kauas taaksepäin suuntautuvaa näkökantaa. Sen avulla terapeutti voi selvittää mitä potilaalle on tapahtunut hänen vielä ollessa nuori ja missä vaiheessa potilaan ongelmat ovat alkaneet ilmetä.³² Joissakin käsitteellistämismalleissa käytetään enemmän vertikaalista tutkimista ja toisissa horisontaalista tutkimista.

Tarkastellaan kuvitteellista potilastapausta esimerkkinä. Potilas Maija Meikäläinen on 26-vuotias ensimmäisen vuoden oikeustieteen opiskelija. Hän on aiemmalta taustaltaan perusterve, mutta viimeisen vuoden aikana hänellä on esiintynyt paniikkikohtauksia. Tämän vuoksi hän on hakeutunut terveydenhuoltoon ja löytänyt psykoterapeutin, jonka vastaanotolla hän käy KBT:ssa.

Terapeutti ja Maija voivat tutkailla Maijan paniikkioireilua erityyppisillä käsitteellistämismalleilla. Yksi vaihtoehto on käyttää kognitiivis-behavioraalista käsitteellistämismallia. Maijan tapauksessa tässä mallissa tulee esille muun muassa stressi koulumenestyksestä ja korkea vaatimustaso itseä kohtaan (kuva 1). Toisaalta kognitiivis-

behavioraalisessa mallissa ei oteta ollenkaan huomioon turvakäyttäytymistä eikä siinä myöskään pohdita PH:tä ja sen taustamekanismeja ollenkaan häiriön näkökulmasta.

Paniikkihäiriökohtaisessa kognitiivis-behavioraalisessa käsitteellistämismallissa puolestaan tuotaisiin esille esimerkkejä turvakäyttäytymisestä ja erilaisten ajatusmallien syy-seuraussuhteista, mikä voisi myös auttaa Maijaa ymmärtämään omaa tilannettaan entistä enemmän.

Oirekehämallissa puolestaan jäsenellään Maijan itsensä kokemia oireita ja niiden kytkeytymistä toisiinsa (kuva 2). Tämän mallin avulla on mahdollista saada täsmennetty kuvaus Maijan kokemuksesta oireiden ilmaantumisen aikaan, jonka on tarkoitus auttaa oireiden ja niitä lietsovien tekijöiden käsittelyssä.

Potilaan nimi: Maija Meikäläinen

Ongelmat

1: Ahdistus koulumenestyksestä

2: Paniikkikohtaukset

3: Julkisten paikkojen pelko

Uskomukset: Olen heikko. Minun pitäisi olla jo työ-
elämässä. Sisaruksillani menee paljon paremmin.

Edeltävät tilanteet: Paniikki ennen tenttiä. Ahdistus
käuppakeskuksissa.

Pääoletukset: Vaativa ja pedantti luonne, vaativa opis-
keluala, elämänmuutoksia taustalla.

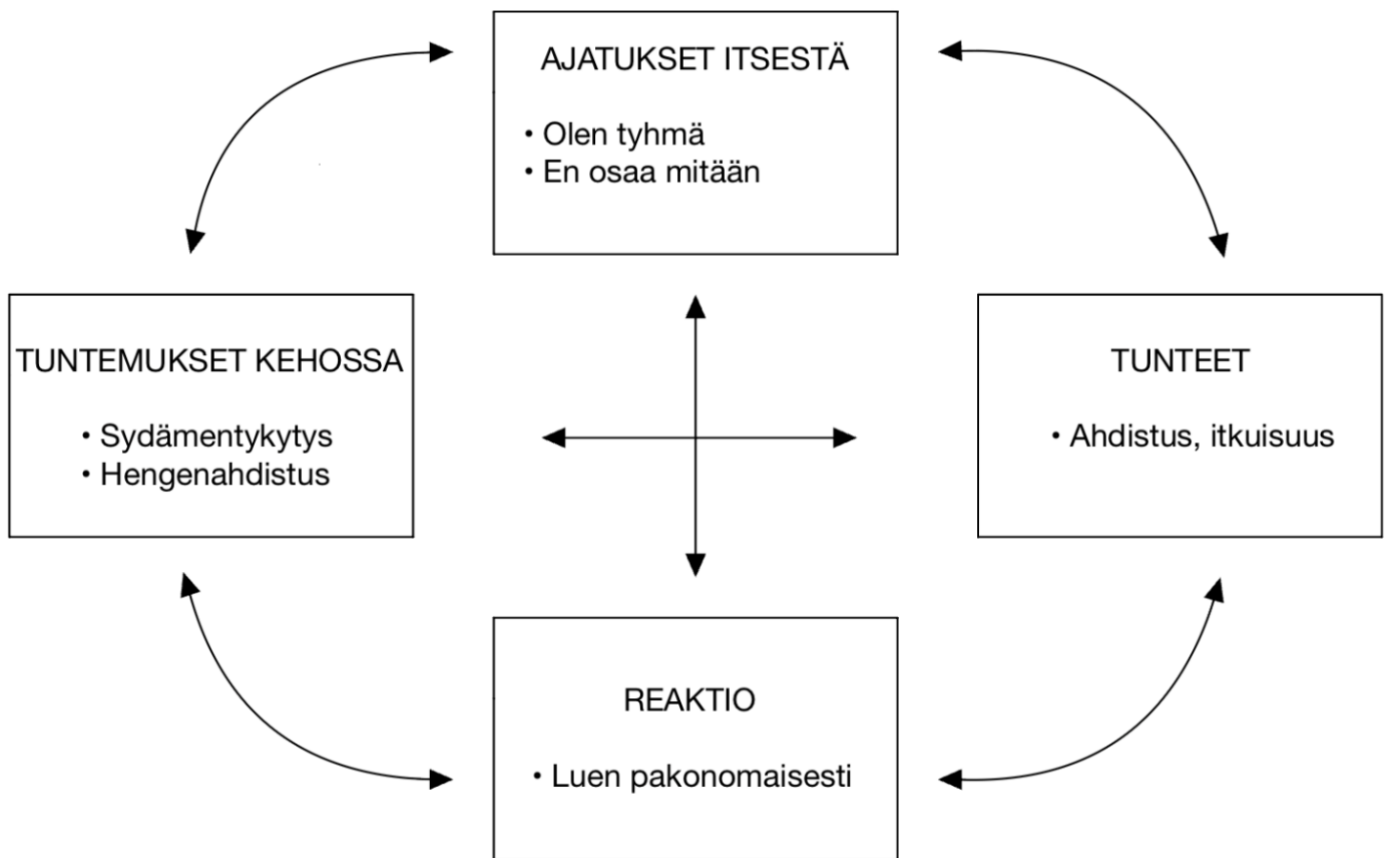
Tausta: Epäonnistuminen yo-kirjoituksissa

Hoitosuunnitelma:

- tavoitteet: Paniikkikohtausten loppuminen
- interventiot: Altistus, sokraattinen menetelmä, jne

Mahdolliset vaikeudet hoidossa: Kärsivällisyyden ajoittainen
puute

Kuva 1. Kognitiivis-behavioraalinen käsitteellistämismalli Maijan potilastapauksessa. (Lomake mukailtu: Duodecim, Kognitiivinen psykoterapia 2022)



Kuva 2. Majjan oirekehämalli. (Kaavio mukailtu: Duodecim, Kognitiivinen psykoterapia 2022)

3.4. KESKEISET TYÖSKENTELYTAVAT (INTERVENTIOT)

KBT:ssa, kuten muissakin kognitiivisissa psykoterapioissa, on käytössä useita työskentelytapoja eli interventioita. Interventioiden ideana on, että yhdessä sovittujen tavoitteiden saavuttamiseksi joudutaan tekemään töitä. Terapeutin tehtävänä on potilaastaan tekemien havaintojen perusteella ehdottaa hänen mielestään sopivia työskentelytapoja, joiden avulla potilaan ongelmia ryhdytään ratkomaan. KBT:ssa käytetyt interventiot jaetaan kognitiivisiin ja behavioraalisiin.^{34,35} Seuraavissa kappaleissa käsitellään eräitä yleisiä KBT:aan kuuluvia interventioita.

Kognitiivisten interventioiden avulla keskitytään mielensisäisten toimintojen muokkaamiseen. Niiden tarkoituksena on saada potilas huomaamaan millä tavalla hän ajattelee, minkälaisia negatiivisia ja automaattisia ajatuksia hänellä on. Terapeutin ja potilaan on yhdessä tarkoitus pyrkiä muokkaamaan potilaan ajattelutapoja suotuisaan suuntaan terapeutin johdolla.³⁴

Automaattisiksi ajatuksiksi kutsutaan sellaisia ajatuksia, jotka ilmestyvät ihmisen mieleen ilman tietoista ajattelua. Tällaiset ajatukset ovat luonteeltaan lyhyitä ja toteavia, esimerkiksi ”aina mulle käy näin” tai ”mä en osaa mitään”. Ne voivat olla totuudenmukaisia, osittain totuudenmukaisia tai täysin epätosia. Ihminen kuitenkin suhtautuu ajatuksiinsa kuin ne olisivat totta, ellei hän tietoisesti kyseenalaista niitä. KBT:ssa negatiivisten automaattisten ajatusten tunnistaminen on keskeinen taito. Terapian edetessä pyritään siihen, että potilas pystyy tiedostamaan automaattisten ajatustensa olemassaolon ja tarkastelemaan niitä siten, ettei hän suhtaudu niihin automaattisesti totuutena. Terapeutin tehtävänä on kertoa potilaalle automaattisten ajatusten luonteesta ja opettaa niiden käsittelyä. Automaattisia ajatuksia voidaan työstää esimerkiksi ajatuspäiväkirjaa käyttäen. Ajatuspäiväkirjan avulla voidaan pohtia muun muassa missä tilanteissa automaattisia ajatuksia syntyy, minkälaisia tunnereaktioita ne herättävät, kuinka paljon potilas itse uskoo ajatuksen sisältöön ja minkälaisia muita tulkintoja potilas pitää mahdollisena automaattisen ajatuksen lisäksi.³⁵

Eräs tapa asettaa potilaan negatiiviset uskomukset itsestään kyseenalaisiksi on sokraattinen dialogi. Työtapa on saanut nimensä kreikkalaiselta filosofi Sokrateelta. (470–399 eKr.). Terapeutti kysyy potilaalta kysymyksiä, joiden tarkoituksena on havahduttaa potilasta itse huomaamaan ongelmakohtia omassa ajattelussa ja saada näin aikaan näkökulman muutos. Terapeutti pyrkii pääsemään menetelmän avulla käsiksi potilaan ydinuskomukseen, jotta sitä voidaan alkaa yhdessä työstää. Tarkoituksena ei ole kysyä johdattelevia kysymyksiä tai etsiä yhtä oikeaa vastausta terapeutin esittämiin kysymyksiin. Sokraattinen dialogi voi käynnistyä esimerkiksi potilaan kommentista, jossa hän kertoo olevansa muille näkymätön. Tämän jälkeen terapeutti kysyy potilaalla mitä tämä hänelle tarkoittaa, minkä jälkeen potilas antaa uuden selityksen. Terapeutti kysyy jälleen tämän merkitystä ja tavoite on lopulta päätyä potilaan ydinuskomukseen.^{34–36}

Kognitiivisiin interventioihin voi liittyä myös potilaan analyysiä tapahtumien ja asioiden suuruusluokista tai hyvistä ja huonoista puolista. Jatkumotyötavaksi kutsutaan interventiota,

jossa potilas arvioi esimerkiksi omien uskomustensa luotettavuutta, asioiden tärkeyttä tai tunteiden voimakkuutta jollakin jatkuvalla asteikolla. Asteikko voi olla esimerkiksi numeerinen, kuten 0–10 tai 0–100. Potilas ja terapeutti määrittelevät yhdessä mitä asteikon ääripäät merkitsevät. Terapeutti voi esittää potilaan elämään liittyviä kysymyksiä asteikkoon viitaten. Intervention ideana on auttaa niin potilasta kuin terapeuttiakin hahmottamaan konkreettisesti, kuinka paljon jokin asia merkitsee potilaalle ja sitä kautta motivoida potilasta työskentelemään positiivisen muutoksen eteen.³⁵

Vaihtoehtojen tarkastelu on analyyttinen tapa hahmottaa asioiden hyötyjä ja haittapuolia. Ideana on, että potilas vertailee kahta eri vaihtoehtoa, joista toinen on nykyinen tilanne ja toinen on mahdollinen tuleva muutos. Potilas vertailee ja erittelee hyviä ja huonoja puolia, joita syntyy, jos nykyinen tilanne säilytetään tai toteutetaan muutos. Vertailussa lähdetään liikkeelle listaamalla nykyisen tilanteen säilyttämisen hyödyt. Tämä interventio soveltuu käytettäväksi, jos potilaalla on vaikeuksia tehdä päätöksiä. Kyseessä on jokin potilaan elämään liittyvä mahdollinen tuleva muutos, jota intervention avulla lähdetään analysoimaan.³⁵ Tällainen voi esimerkiksi olla uuden työpaikan hakeminen.

Välitehtävät ovat tyypillisiä KBT:lle. Kyseessä ovat ikään kuin kotiläksyt, joita terapeutti tarjoaa potilaalle terapiaistuntojen välissä. Ajatuksena on, että terapiassa käsiteltävät asiat alkaisivat tätä kautta heijastua myös potilaan jokapäiväiseen elämään. Myöhemmissä terapiaistunnoissa välitehtäviä käydään yhdessä läpi terapeutin ja potilaan välillä. Välitehtävät koostetaan potilaan kanssa yhteisymmärryksessä eli ne eivät siinä mielessä ole täysin samankaltaisia kuin vaikka koulusta opettajan antamat läksyt. Välitehtävä voi liittyä vaikkapa omien tuntemusten tarkkailuun jännittävässä tai uudenlaisissa tilanteissa.³⁵

Behavioraaliset interventiot keskittyvät potilaan käyttäytymisen suoraan muokkaamiseen. Näiden interventioiden tarkoituksena voi olla aktivoida potilasta toimimaan itse oman pahan olonsa vähentämiseksi. Tämä tapahtuu harjoittelemalla jotakin konkreettista tekoa. Tyypillisiä behavioraalisia interventioita ovat muun muassa aktiviteettien aikataulut ja seuraaminen ja altistusharjoitukset. Näiden lisäksi käytössä on myös muita behavioraalisia interventioita.^{34,35}

Potilaan aktiviteettien seuraamiseen käytetään KBT:ssa viikkoaikataulua. Interventiossa potilas pitää päiväkirjaa, johon hän listaa eri viikonpäivien ja kellonaikojen alle tekemiänsä

aktiviteetteja ja arvioi samalla, esimerkiksi numeerisella arvolla, kuinka paljon aktiviteetti tuotti hänelle mielihyvää tai muita positiivisia tunteita. Päiväkirjaa voidaan täyttää joko jälkikäteen ja keskittyä enemmän saadun positiivisen kokemuksen arviointiin tai siihen voidaan täyttää etukäteen suunniteltuja aktiviteetteja, mikä kannustaa potilasta toimimaan suunnitelmansa mukaan. Intervention tarkoituksena on havainnollistaa sitä, kuinka lopulta asioiden välttelyllä saattaa jäädä positiivisista kokemuksista paitsi, vaikka niiden aloittaminen tuntuisikin hankalalta.³⁶

Altistamisella tarkoitetaan KBT:ssa interventiota, jossa potilas asetetaan tahallaan samantyyppiseen tilanteeseen, jossa hänen oireensa yleensä ilmenevät. Toteutus riippuu siitä, minkälaisista oireista potilas kärsii. Altistustilanteessa on mahdollista päästä havainnoimaan potilaan turvakäyttäytymistä ja automaattisia negatiivisia ajatuksia. Esimerkiksi PH:sta kärsivien potilaiden on, altistustilanteisiin verrattuna, helpompi kyseenalaistaa katastrofaaliset ajatukset tilanteessa, jossa heidän oireensa eivät yleensä ilmene.³⁷ Oireita aiheuttava tilanne voisi olla esimerkiksi lyhyt junamatka agorafobiasta kärsivällä potilaalla. Kun terapeutti pääsee havainnoimaan potilaan automaattisia ajatuksia, hänen on helpompi auttaa potilasta kohtaamaan tilanteita, joissa oireita esiintyy ja käsitellä potilaan ongelmia myös muutoin kuin altistustilanteissa³⁷.

Flooding–altistukseksi kutsutaan interventiota, jossa potilas asetetaan alttiiksi tilanteeseen, joka aiheuttaa hänelle suurinta mahdollista ahdistusta sen sijaan, että altistus tapahtuisi asteittain. Tämän kaltainen altistusmuoto on potilaalle vaativa, mutta joillekin potilaille siitä voi olla hyötyä. Jo se, että terapeutti ottaa flooding–altistuksen potilaan kanssa puheeksi kertoo siitä, että terapeutti uskoo potilaan kykenevän tällaiseenkin hoitomuotoon. Tämä saattaa jo itsessään olla hyödyllistä. Altistusharjoituksia ei kaikissa tapauksissa kannata aloittaa liian matalatehoisesti, ettei potilas saa vaikutelmaa, että ahdistuksen tunne on vaarallista ja siksi sen kanssa on edettävä hyvin varovaisesti. Mikäli flooding–altistus ei tuota tulosta on mahdollista, että potilas hyödyntää jotakin huomaamatta jäänyttä välttämiskäyttäytymistä, kuten etukäteen otettavia rauhoittavia lääkkeitä tai pakosuunnitelman pohtimista. Flooding–altistus on potilaan kannalta vaativampi interventio kuin asteittainen altistus. Terapeutin tehtävänä on laatia potilaskohtainen suunnitelma altistusharjoitteiden etenemisestä. Suunnitelmaa tehdessä voidaan pohtia, onko flooding–altistus potilaalle sopiva vai liian vaativa interventio.³⁵

4 PANIIKKIHÄIRIÖN HOITO KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISELLA PSYKOTERAPIALLA

4.1. KIRJALLISUUSKATSAUKSESSA TARKASTELTAVAT TUTKIMUKSET

Kuten aiemmin todettiin, paniikkihäiriö on kohtalaisen yleinen ahdistuneisuushäiriö ja KBT puolestaan on yleisin ja tutkituin psykoterapiamuoto. Tutkimuksia PH:stä on tehty varsin paljon, joten tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään ainoastaan useita tutkimuksia yhteen kokoaviin meta-analyyseihin mahdollisimman hyvän kokonaiskuvan saamiseksi.

4.2 META-ANALYYSIT KOGNITIIVIS-BEHAVIORAALISESTA PSYKOTERAPIASTA

Ohessa on esitely eräitä meta-analyysejä, jotka liittyvät PH:n hoitoon KBT:n avulla. On tavallista, että KBT toteutetaan kasvotusten. Tämän tyyppisestä KBT:sta on siten myös PH:n hoidossa eniten tutkimusta. Kuitenkin myös internetin ja etäyhteyden välityksellä annettua KBT:sta on jo olemassa sen verran tutkimuksia, että niistäkin löytyy luotettavia meta-analyysejä. Useissa meta-analyyseissä tarkasteltiin KBT:n tehoa PH:öön, mutta tutkimuksen kohteena oli myös esimerkiksi se, mitä elementtejä sisältävä KBT-hoito on tehokkainta PH:n hoitoa.

Vuonna 1995 julkaistussa Gouldin ym. meta-analyysissä analysoitiin 43 RCT-tutkimusta tarkoituksena tarkastella eri hoitomuotojen tehoa PH:n hoidossa. Katsaukseen kelpasivat tutkimukset, joissa PH-potilaat satunnaistettiin hoitoa saavaan ryhmään tai verrokkiryhmään. Hoitovaihtoehdot olivat KBT tai lääkkeellinen hoito. KBT:aa käsitteleviä tutkimuksia oli yhteensä 13 (535 osallistujaa). Lääkkeellistä hoitoa käsitteleviä tutkimuksia oli 16 (2 708 osallistujaa). KBT:n ja lääkkeellisen hoidon yhdistelmää käsitteli 8 tutkimusta (539 osallistujaa) ja lisäksi kuudessa tutkimuksessa (240 osallistujaa) tarjottiin jotakin muuta lääkkeetöntä hoitoa kuin KBT. Meta-analyysiin kelpasivat tutkimukset, jossa PH:tä sairastavat satunnaistettiin KBT-, lääkehoito- tai verrokkiryhmiin. Tutkijat päätyivät lopputulokseen, jonka mukaan KBT-hoito on kaikkein tehokkainta PH:öön, efektikooltaan 0,68. Myös lääkehoito on tehokasta hoitoa, efektikooltaan 0,47. KBT:n ja lääkkeellisen hoidon yhdistelmän efektikoko oli 0,56. KBT-hoito, jossa käytettiin hoitokeinoina sekä kognitiivisia menetelmiä että altistusta oli kaikkein tehokkainta, efektikooltaan 0,88.³⁸

Mitten vuonna 2005 koostamassa meta-analyysissä tutkittiin KBT:n, lääkehoidon ja molempien yhdistelmähoidon tehoa paniikkihäiriön hoidossa. Katsaukseen sisältyi 124 tutkimusta. Tarkastelun kohteena olivat paniikkihäiriöstä kärsivät, jotka olivat saaneet hoidoksi KBT:aa (n = 1 811), lääkehoitoa (n = 7 725) tai molempia (n = 1 747). KBT:n todettiin olevan tehokkaampi kuin hoidotta jättäminen tai lumehoito. Lisäksi KBT oli vähintään yhtä tehokas kuin lääkehoito tai lääkehoitoa tehokkaampi. Tässä meta-analyysissä KBT:n ja yhdistelmähoidon välillä ei löydetty merkitsevää eroa. Yhdistelmähoito näytti olevan hieman parempi oireiden parantamisen suhteen, mutta ei elämänlaadun parantamisen suhteen. Meta-analyysiin sisältyvät tutkimukset, joihin kuului seuranta eivät osoittaneet merkitsevää eroa KBT:n ja yhdistelmähoidon välillä. Toisaalta vain puolet tutkimuksista sisälsivät seurannan. Lisäksi kirjoittaja huomauttaa, että osa tutkimuksista, joihin sisältyi elämänlaadun mittaaminen, olivat laadultaan heikkoja. ³⁹

Sievin ja Chamblessin vuonna 2008 julkaistussa meta-analyysissä käy ilmi kognitiivisen terapian ja rentoutumisterapian suhteellinen teho PH:öön ilman julkisten tilojen pelkoa. Meta-analyysi koostui viidestä tutkimuksesta. Neljässä näistä verrattiin yksilöllisesti annettun KBT:n tehoa rentoutusharjoitteisiin. Yhdessä tutkimuksessa KBT toteutettiin ryhmässä. KBT:n todettiin olevan rentoutumisharjoitteita tehokkaampi hoitomuoto. ⁴⁰

Vuonna 2018 koostetussa Carpenterin ym. meta-analyysissä tarkasteltiin KBT:n tehoa eri ahdistuneisuushäiriöihin. Katsaukseen sisällytettiin 41 RCT-tutkimusta ja potilasmäärä oli 2 843. Paniikkihäiriötä käsitteleviä tutkimuksia oli yhteensä viisi ja potilasmäärä näissä viidessä tutkimuksessa 328. Tämän meta-analyysin mukaan KBT on kohtalaisen tehokas PH:n hoitomuoto lumehoitoon verrattuna, mutta katsauksen laatijoiden mukaan PH-potilaat tarvitsisivat vielä tehokkaampia hoitokeinoja avukseen. ⁴¹

Pompolin ym. meta-analyysissä (2018) tutkittiin KBT:n ja sen eri osa-alueiden vaikutusta PH:n hoitoon. Meta-analyysiin sisältyi 72 tutkimusta ja 4 046 osallistujaa. Lopputuloksen mukaan sillä, millaisia hoitokeinoja KBT:ssa käytetään, on merkitystä hoitotulokseen ja hoitomyöntyvyyteen. KBT-hoito, joka sisältää kehon aistimukset huomioonottavaa altistusta ja hoitotilanteen tapahtumisen kasvokkain lisää hoidon tehoa ja hoitomyöntyvyyttä. Hengitysharjoitukset ja in vivo -altistusharjoitukset puolestaan kasvattivat hoitomyöntyvyyttä, mutta hoitotuloksen kannalta ne eivät olleet merkittäviä. Liharentoutusharjoitteiden ja virtuaaliodellisuudessa tapahtuvien altistusharjoitteiden ei

meta-analyysin mukaan tarvitse kuulua KBT-hoitoon, sillä ne yhdistyivät huonompaan hoitotulokseen.⁴²

Vuonna 2016 Cuijpers ja työtoverit käsittelivät kognitiivisten ja behavioraalisten terapiamenetelmien suhteellista tehoa PH:n, yleistyneen ahdistuneisuushäiriön ja sosiaalisen fobian hoidossa. Katsaukseen sisällytettiin 42 tutkimusta ja potilaita tutkimuksissa oli yhteensä 2 477. Näistä hoitoa saavissa ryhmissä oli 1 504 ja kontrolliryhmissä 907 henkilöä. Katsauksen lopputulemaksi saatiin, että PH:n hoidossa kognitiiviset ja behavioraaliset terapiat olivat kaikkein tehokkaimpia. Kaikkien ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa terapioiden todettiin olevan tehokkaita. Kirjoittajat varoittavat itse, että meta-analyysin tuloksiin kannattaa suhtautua varauksella, sillä tiettyjä tutkimustyyppisiä oli vain vähän. Lisäksi tutkijat arvioivat, että suuressa osassa meta-analyysin tutkimuksista oli korkea riski vahvistusharhan vaikutukselle. Tutkimuksista 12 käsitteli PH:tä.⁴³

Bandelow ym. kirjoittivat vuonna 2015 katsauksen, jossa vertaillaan lääkehoidon ja KBT:n tehoa lumehoitoon ahdistuneisuushäiriöissä (PH, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, sosiaalinen fobia). Lumehoittoa oli sekä pilleri- että keskustelumuodossa. Katsaus sisälsi 234 tutkimusta ja 37 333 tutkittavaa. Selvästi suurin osa, 28 051, tutkittavista oli lääkehoitoon kuuluvissa tutkimuksissa. Psykoterapiaa käsittelevissä tutkimuksissa potilasmäärä oli 6 992. PH:tä käsitteleviä tutkimuksia katsaukseen hyväksyttiin 90 kappaletta. Näistä 40 (2 656 osallistujaa) sisälsi psykoterapiahoitoa, 35 (8 524 osallistujaa) lääkehoidon ja 15 (1 137 osallistujaa) molemmat. Katsauksen mukaan KBT on tehokkaampaa kuin pillerimuotoinen lumehoito, odotuslista ja keskustelumuotoinen lumehoito. Kokonaistulokseksi ahdistuneisuushäiriöiden osalta tultiin kuitenkin johtopäätökseen, jonka mukaan lääkehoito on tehokas hoitomuoto, mutta psykoterapiat kokonaisuutena eivät ole lumehoittoa tehokkaampaa ahdistuneisuushäiriöihin.⁴⁴

Pompolin ym. 2016 tekemässä meta-analyysissä tutkittiin erilaisten psykoterapioiden tehoa PH:n (agorafobialla tai ilman) hoidossa aikuisilla. Erilaisia psykoterapiamuotoja olivat KBT:n lisäksi psykoedukaatio, supportiivinen psykoterapia, fysiologinen terapian, behavioraalinen terapia, kognitiivinen terapia, kolmannen aallon kognitiivis-behavioraalinen terapia ja psykodynaamiset terapiat. Sekä ryhmä- että yksilömuotoiset terapiat kelpuutettiin tuloksiin ja niiden oli tapahduttava kasvotusten. Vertailukohtana terapioille oli käytössä hoidotta

jättäminen, odotuslista ja psykologinen lumehoito. Meta-analyysiin hyväksyttiin 54 tutkimusta ja tutkittavia oli tällöin yhteensä 3 021. Tutkimuksista 32 käsitteli KBT:aa. Katsauksen tekijät kiinnittivät huomiota siihen, että useissa tutkimuksissa oli laadullisia ongelmia ja useiden tutkimusten vaikutuskoko oli pieni. He kuitenkin päätyivät lopputulemaan, että KBT oli usein muita psykoterapiahoitoja tehokkaampi PH:n hoidossa, vaikkakin vaikutuskoko jäi pieneksi.⁴⁵

van Dis ym. kirjoittivat 2019 katsauksen KBT-hoidon pitkäaikaisvaikutuksista ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Katsauksessa tutkittiin KBT:n hyödyllisten vaikutusten säilyvyyttä terapian jälkeen erilaisten ahdistuneisuushäiriöiden, post-traumaattisen stressihäiriön ja pakko-oireisen häiriön hoidossa. Vertailukohtana KBT-hoidolle olivat tavallinen hoito, rentoutuminen, psykoedukaatio, pillerilumehoito, supportiivinen terapia tai odotuslista. Meta-analyysiin otettiin mukaan 69 tutkimusta sisältäen 4 118 potilasta. PH:tä käsitteleviä tutkimuksia, joissa verrattiin KBT:n tehoa rinnakkaishoitoon oli mukana 13. Tutkimuksia, joissa KBT:n vaikutusta seurattiin PH:n hoitotulokseen 1–6 kk oli 6, 6–12 kk oli 9 ja yli 12 kk oli 5. Katsauksen tekijöiden mukaan KBT:n pitkäaikaisvaikutuksen näkyvät PH-potilaiden hoidossa 12 kuukauteen asti, mutta tämän jälkeen suotuisten vaikutusten näkyminen lakkaa. Toisaalta katsaukseen sisältyi kuitenkin vain 5 PH:tä käsittelevää tutkimusta, jotka tarkastelivat KBT-hoidon vaikutuksia yli 12 kuukauden jälkeen. Tutkijat painottavat, että lisää tutkimusta aiheesta tarvitaan vielä tulevaisuudessa.⁴⁶

Andrews ja työtoverit laativat vuonna 2018 meta-analyysin, jossa he tarkastelevat internetin välityksellä annetun KBT:n (iKBT) tehoa ahdistuneisuushäiriöihin ja masennukseen. Katsaus on jatkoa vuonna 2010 kirjoitetulle katsaukselle, jossa samaa asiaa on käsitelty aiemmin. Tutkijat analysoivat 64 tutkimusta joista 12 tutkimusta (584 osallistujaa) käsitteli PH:n hoitoa iKBT:lla. Meta-analyysin mukaan iKBT on tehokasta hoitoa PH-potilaille. NNT-arvoksi iKBT:lle PH-potilailla saatiin 1,55.⁴⁷

Domhardt ym. tekemässä katsauksessa (2020) tutkittiin, ovatko internet- ja mobiililaitte pohjaiset interventiot (IMI) tehokkaita paniikkihäiriön, agorafobian tai molempien yhdistelmän hoidossa aikuisilla. Meta-analyysiin otettiin mukaan 16 tutkimusta ja näin yhteensä 1 015 tutkittavaa. Neljatoista näistä tutkimuksesta käsitteli iKBT-hoitoa. Katsauksen mukaan iKBT on tehokkaampaa hoitoa kuin odotuslista ja yhtä tehokasta kuin kasvokkain tapahtuva KBT-hoito.⁴⁸

Stechin ym. (2019) meta-analysissä pohdittiin internetin välityksellä annetun KBT-hoidon (iKBT) tehoa PH:n hoitoon agorafobialla tai ilman. Katsaukseen valikoitui mukaan 27 tutkimusta. Näistä 15 oli RCT-tutkimuksia, 10 avoimia tutkimuksia ja kaksi ei-satunnaistettuja tutkimuksia. Tutkijoiden loppupäätelmä oli, että iKBT on tehokasta PH:n hoitoa ja myös tehokasta tavallisissa hoito-olosuhteissa. Lisäksi iKBT:lla voidaan tehokkaasti hoitaa myös agorafobiaa. ⁴⁹

Efron ym. koostivat meta-analyysin vuonna 2021, jossa he selvittivät etäyhteydellä annetun KBT:n (etä-KBT) tehoa PH:n hoidossa. Meta-analyysiin valittiin mukaan 21 tutkimusta (n = 1 604). Näistä 14 oli RCT-tutkimuksia (n = 807) ja loput olivat avoimia tutkimuksia tai ei-satunnaistettuja tutkimuksia. Katsauksen lopputulemana oli, että etä-KBT on tehokkaampaa hoitoa PH:öön kuin passiivinen kontrolli ja yhtä tehokasta kuin aktiivinen kontrolli (esim. kasvokkain tapahtuva KBT). Mielenkiintoisena seikkana katsauksesta nousee myös esille, että hengitysharjoitusten ei todettu tuovan lisähyötyä hoitoon. Onkin ehdotettu, että hengitykseen liittyvät asiat voivat olla PH-potilaalla turvakäyttäytymistä, jolla yritetään välttää paniikkia ja siksi hengitysharjoitukset eivät toimisi hoitona samalla tavalla kuin KBT:n ajattelua muokkaavat mekanismit. ⁵⁰

5 POHDINTA

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltyjen meta-analyysien tutkimustulokset olivat selkeät ja puhuivat KBT:n hyvän tehon puolesta PH:n hoidossa. Myös internetin ja etäyhteyden välityksellä annettavan KBT:n tehosta löytyi tutkimusnäyttöä. Meta-analyysien tarkastelu kasvattaa tulosten luotettavuutta verrattuna esimerkiksi tilanteeseen, jossa perehdyttäisiin vain yksittäisiin satunnaistettuihin tutkimuksiin.

Terveyskeskuslääkärin näkökulmasta on tärkeää ymmärtää, että KBT on käypää hoitoa paniikkihäiriöön, ja että sen tehosta on vahva näyttö. PH-potilaille tuleekin siis suositella KBT:aa joissakin tilanteissa hoitovaihtoehtona. Tästä tosin tuskin onkaan juuri erimielisyyksiä lääkärinkunnan keskuudessa.

Tänä päivänä Suomessa niin KBT:n kuin muidenkin psykoterapioiden saatavuudessa on ongelmia. Suomessa terapiaan päässeiden potilaiden hoitokaudet ovat tyypillisesti pitkiä, jopa joidenkin vuosien kestoisia. Eräs ratkaisu psykoterapioiden saatavuusongelmaan voisi olla se, että pitkien terapiahoitokausojen rinnalle tarjottaisiin myös lyhyitä psykoterapeuttisia interventioita käyttäviä hoitomuotoja. Viime aikoina kehitteillä ollut Terapiat etulinjaan –malli pyrkii lisäämään lyhyiden terapiamuotoisten palveluiden saatavuutta perusterveydenhuollossa ⁵¹.

Huomionarvoinen havainto yleisesti psykoterapioista on se, että terapeutin ja potilaan välinen hoitosuhde näyttäisi olevan erittäin keskeinen parantava elementti psykoterapiahoidoissa. Hoitosuhde muodostuu ennen kaikkea terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksesta, ja tämän nojalla onkin syytä olettaa myös, että pelkästään lääkärin ja potilaan välisellä suhteella ja kommunikaatiolla on jo itsessään terapeuttista vaikutusta. Tätä oletusta tukee muun muassa iäkkäiden potilaiden ja lääkärin välisestä vuorovaikutuksesta saatu tutkimusnäyttö ⁵². Vaikka terveyskeskustyö tuntuisi kiireiseltä ja potilaan asia täytyisi saada nopeasti hoidetuksi, on syytä pitää mielessä, että vuorovaikutus on merkittävä osa itse hoitoa eikä ainoastaan keino, jolla välitetään potilaalle hänen tarvitsemansa hoito.

LÄHTEET

1. Isometsä E. Ahdistuneisuushäiriöt. Kirjassa: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. (toim.). Psykiatria. 15. uudistettu painos, 2021. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
2. Tautiluokitus ICD-10. Terveystieteiden tutkimuskeskus, 2011. Toimittanut Jorma Komulainen.
3. Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2019. Viitattu 16.8.2023. Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.
4. Sareen, J. *et al.* Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Arch Gen Psychiatry* **62**, 1249–1257 (2005).
5. Bouton, M. E., Mineka, S. & Barlow, D. H. A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychol Rev* **108**, 4–32 (2001).
6. Craske, M. G. *et al.* Presleep attributions about arousal during sleep: Nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology* **111**, 53–62 (2002).
7. Clark, D. M. A cognitive approach to panic. *Behav Res Ther* **24**, 461–470 (1986).
8. Massana, G. *et al.* Amygdalar atrophy in panic disorder patients detected by volumetric magnetic resonance imaging. *Neuroimage* **19**, 80–90 (2003).
9. Uchida, R. R. *et al.* Decreased left temporal lobe volume of panic patients measured by magnetic resonance imaging. *Braz J Med Biol Res* **36**, 925–929 (2003).
10. Massana, G. *et al.* Reduced levels of creatine in the right medial temporal lobe region of panic disorder patients detected with (1)H magnetic resonance spectroscopy. *Neuroimage* **16**, 836–842 (2002).
11. Critchley, H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Ohman, A. & Dolan, R. J. Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nat Neurosci* **7**, 189–195 (2004).
12. Nardi, A. E., Freire, R. C. & Zin, W. A. Panic disorder and control of breathing. *Respir Physiol Neurobiol* **167**, 133–143 (2009).
13. Abelson, J. L., Weg, J. G., Nesse, R. M. & Curtis, G. C. Persistent respiratory irregularity in patients with panic disorder. *Biol Psychiatry* **49**, 588–595 (2001).
14. Hoge, E. A. *et al.* Broad spectrum of cytokine abnormalities in panic disorder and posttraumatic stress disorder. *Depress Anxiety* **26**, 447–455 (2009).
15. Ayuso, J. L., Alfonso, S. & Rivera, A. Childhood separation anxiety and panic disorder: a comparative study. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* **13**, 665–671 (1989).
16. Stein, M. B. *et al.* Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. *Am J Psychiatry* **153**, 275–277 (1996).
17. Hettema, J. M., Neale, M. C. & Kendler, K. S. A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *Am J Psychiatry* **158**, 1568–1578 (2001).
18. Thorgeirsson, T. E. *et al.* Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland. *Am J Hum Genet* **72**, 1221–1230 (2003).
19. Hamilton, S. P. *et al.* Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q. *Proc Natl Acad Sci U S A* **100**, 2550–2555 (2003).
20. Fyer, A. J. *et al.* A third-pass genome scan in panic disorder: evidence for multiple susceptibility loci. *Biol Psychiatry* **60**, 388–401 (2006).
21. Rebar, A. L. *et al.* A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. *Health Psychol Rev* **9**, 366–378 (2015).
22. Gardenswartz, C. A. & Craske, M. G. Prevention of panic disorder. *Behavior Therapy* **32**, 725–737 (2001).
23. Moreira, F. P. *et al.* The effect of proinflammatory cytokines in Cognitive Behavioral Therapy. *J Neuroimmunol* **285**, 143–146 (2015).
24. Klein, D. F. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* **5**, 397–408 (1964).

25. Batelaan, N. M. *et al.* Risk of relapse after antidepressant discontinuation in anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis of relapse prevention trials. *BMJ* **358**, j3927 (2017).
26. Karila I, Koivisto M, Fredriksson J. Kognitiivisen psykoterapian alku ja kehitys. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, Holmberg N. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. 9-10. uudistettu painos, 2022. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
27. Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* **55**, 316–340 (2018).
28. Kuusinen K. Terapeuttinen vuorovaikutus. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, Holmberg N. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. 9-10. uudistettu painos, 2022. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
29. Smith, M. L. Meta-Analysis of Psychotherapy Outcome Studies. *American Psychologist* **32**, 752–760 (1977).
30. Case Conceptualisation – At the Heart of Cognitive Therapy. Kirjassa: Willis, F & Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. SAGE Publications.
31. Cognitive Theory and Models of Anxiety: An Introduction. Kirjassa: Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons.
32. Karila I, Koivisto M, Holmberg N. Käsitteellistäminen ja tavoitteiden asettaminen. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, Holmberg N. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. 9-10. uudistettu painos, 2022. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
33. Panic Disorder. Kirjassa: Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons.
34. Cognitive Therapy: Basic Characteristics. Kirjassa: Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons.
35. Karila I, Koivisto M. Keskeiset työtavat. Kirjassa: Kähkönen S, Karila I, Koivisto M, Holmberg N. (toim.). Kognitiivinen psykoterapia. 9-10. uudistettu painos, 2022. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
36. Tools and Techniques of Cognitive Therapy. Kirjassa: Willis, F & Sanders, D. (1997). *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. SAGE Publications.
37. Cognitive Therapy: Basic Techniques. Kirjassa: Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: A Practice Manual and Conceptual Guide*. John Wiley & Sons.
38. Gould RA, Otto MW, Pollack MH. A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clin Psychol Rev* 1995;15:819-44.
39. Mitte, K. A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *J Affect Disord* **88**, 27–45 (2005).
40. Siev, J. & Chambless, D. L. Specificity of treatment effects: cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *J Consult Clin Psychol* **75**, 513–522 (2007).
41. Carpenter, J. K. *et al.* Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depress Anxiety* **35**, 502–514 (2018).
42. Pompoli, A. *et al.* Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychol Med* **48**, 1945–1953 (2018).
43. Cuijpers, P. *et al.* Relative effects of cognitive and behavioral therapies on generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* **43**, 79–89 (2016).
44. Bandelow, B. *et al.* Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *Int Clin Psychopharmacol* **30**, 183–192 (2015).
45. Pompoli, A. *et al.* Psychological therapies for panic disorder with or without agoraphobia in adults: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* **4**, CD011004 (2016).
46. van Dis, E. A. M. *et al.* Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* **77**, 265–273 (2019).
47. Andrews, G. *et al.* Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* **55**, 70–78 (2018).

48. Domhardt, M. *et al.* Are Internet- and mobile-based interventions effective in adults with diagnosed panic disorder and/or agoraphobia? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* **276**, 169–182 (2020).
49. Stech, E. P., Lim, J., Upton, E. L. & Newby, J. M. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* **49**, 270–293 (2019).
50. Efron, G. & Wootton, B. M. Remote cognitive behavioral therapy for panic disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* **79**, 102385 (2021).
51. Kosonen S. 2022. Uusi mielenterveyspalveluiden toimintamalli voi vähentää yli miljoonaa sairaspäivää. *Lääkärilehti* 2.11.2022. Viitattu 12.10.2023.
<https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/uusi-mielenterveyspalveluiden-toimintamalli-voi-vahentaa-yli-miljoonaa-sairaspaivaa/>.
52. Williams, S. L., Haskard, K. B. & DiMatteo, M. R. The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clin Interv Aging* **2**, 453–467 (2007).